

Resumen Ejecutivo

Mujeres por una economía saludable Noviembre 2018



ClosinGap:

analizando el coste de oportunidad de la desigualdad de género



España se encuentra en el puesto 24 dentro de los 144 países estudiados en el *Global Gender Gap Report* del Foro Económico Mundial, que estima que nuestro país ha sido capaz de cerrar hasta el momento cerca de un 75% de su brecha de género. A pesar de ello, aún son muchas las desigualdades que persisten entre hombres y mujeres.

De dicha evidencia surge ClosinGap. Presentado públicamente el 7 de septiembre de 2018, el objetivo del clúster es **analizar el coste de oportunidad que tiene para la economía Española la persistencia de desigualdades de género** en ámbitos como la salud, la conciliación, las pensiones, el uso del tiempo libre, el consumo, el turismo, la movilidad o la digitalización. En otras palabras, medir los efectos que estas brechas y sus consecuencias sociales tienen en términos económicos y de pérdida de talento femenino, determinando cuánto deja de crecer nuestro país por no aprovechar todo el potencial de las mujeres. Por otro lado, persigue generar el debate necesario en nuestra sociedad para poder acelerar el cierre de la brecha global de género que, según el Foro Económico Mundial, al ritmo actual podría llevar alrededor de 170 años.

INFORME I. El coste de oportunidad de la brecha de género en la salud

El primero de los estudios monográficos de CloSinGap está impulsado por Merck, compañía líder en ciencia y tecnología experta en el área de la salud, y tiene como fin analizar algunas de las principales causas y efectos de la desigualdad entre mujeres y hombres en el ámbito de la salud.

El informe parte de dos conceptos clave:

- **Brecha de género en salud.** Conjunto de desigualdades existentes en el estado de **bienestar físico, psicológico, social y por condición de género** y, por tanto, susceptibles de ser evitables.
- **Coste de oportunidad.** Valor económico de la alternativa a la que se renuncia al decidirse por una determinada actuación o gasto. Dicho valor iguala a los beneficios que se habrían obtenido de haber elegido la mejor alternativa posible.

El coste de oportunidad de la brecha de género en la salud

Los patrones de salud de las personas están determinados por **causas biológicas (naturales) y sociales (convenciones)** que determinan los diferentes tipos de riesgos a lo largo de la vida, desde la más temprana infancia hasta la edad avanzada, pasando por la adolescencia, juventud, edad adulta (periodos fértiles en el caso de las mujeres) y la ancianidad.



Causas de las brechas de género en salud



Biológicas (naturales)

Fertilidad/maternidad
Patologías Prevalentes
Longevidad



Sociales (convenciones)

Cuidados no profesionales de terceros
Acceso y uso de servicios de salud
Estilos de vida y conductas de riesgo
Sesgos inconscientes de género en salud
Estereotipos sociales
Ocupación

Los factores de carácter biológico predisponen genéticamente a determinados problemas de salud y enfermedades, mientras que los factores sociales determinan la vulnerabilidad de las personas en función de factores demográficos, geográficos y socioeconómicos como su género, edad, renta, nivel educativo, situación laboral o residencia, entre otros. En este grupo destacan los cuidados no profesionales de terceros, el acceso y uso de los servicios de salud, los sesgos inconscientes de género en salud, los estilos de vida y conductas de riesgo, los estereotipos y los sectores de ocupación laboral predominantes.

Ambos tipos de factores repercuten en la salud de las mujeres durante toda su vida, especialmente en el periodo de edad fértil y a su término, así como durante la edad avanzada cuando, además, se encuentran en situación de soledad. Los riesgos para la salud no son por tanto neutrales respecto al género, como tampoco lo son sus efectos, susceptibles de ser evitables.

Efectos de la brecha de género en salud

Con el objetivo de, en último término, contrarrestar dichos efectos, el informe se centra en su detección. **El estado de salud tiene efectos económicos y en el bienestar.** El deterioro de la salud reduce la capacidad de generación de ingresos, produce costes directos, indirectos e intangibles, repercute en la salud demográfica y económica del país, en la calidad del capital humano, en la productividad y limita el potencial de crecimiento tanto personal como del conjunto de la economía.

En el momento en que esa ausencia de salud presenta un comportamiento diferente en hombres y mujeres es cuando nos encontramos ante una **brecha de género**. En consecuencia, el coste de oportunidad se estima a partir de los distintos efectos que la brecha de género en salud causa en la economía y el bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto. Ello, a través de su incidencia en la capacidad de generación de ingresos, en la calidad del capital humano y en la asignación de recursos, entre otros.

Se destacan los siguientes efectos por grupo de causas identificadas:

	Coste de oportunidad		
	Ámbito personal y familiar	Conjunto de la economía y sociedad	Presupuestos públicos
Desigualdades en la prevalencia de enfermedades y hábitos de vida	<p>Problemas de salud, patologías y causas principales de muerte</p> <p>Efectos en morbilidad y mortalidad en corto, medio y largo plazo. Tabaco, alcohol, sedentarismo, obesidad, prácticas de riesgo que producen accidentes</p> <p>Acceso y uso de servicios de atención primaria y atención hospitalaria</p>		
	Secuelas físicas, sociales y psicológicas a la persona afectada, su familia y entorno próximo.		Deterioro de salud mental / trastornos de la conducta alimentaria (TCA)
La reducción en la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país		Salud demográfica → Crecimiento de la población y población en edad de trabajar (PET) → Crecimiento del PIB potencial → Tasa de dependencia	
El rol del cuidador desde la perspectiva de género	Deterioro de salud física y mental. Renuncia a ingresos por ocupación	Dedicación que generaría empleos potenciales de cuidadores profesionales	Incapacidad temporal en cuidadoras informales por depresión, ansiedad
El empleo y sus consecuencias en la salud	Sectores de ocupación Exposición y acumulación de exposición a agentes Accidentes de trabajo		Duración de recuperación enfermedades profesionales
Sesgos inconscientes de género en la salud	Precisión en diagnósticos y procedimientos		
Las mujeres viven cuatro años más pero con peor salud		Un mejor cuidado de la salud durante toda la vida ahorra costes de cuidados en edad avanzada.	

Proyección cualitativa

Estimación cuantitativa

01

Desigualdades en la prevalencia de enfermedades y hábitos de vida

Para conocer el estado de salud e identificar las diferencias en patologías prevalentes, el informe analiza las estadísticas de diagnósticos en Atención Primaria y Hospitalaria, lo que permite, además, poner el foco en distintos grupos de edad para, de este modo, acompañar el análisis a lo largo del ciclo de vida de las personas.

En primer lugar, no se observan diferencias entre hombres y mujeres en el acceso y uso de los servicios de salud, salvo una mayor frecuencia de la Atención Primaria en mujeres, y de la Atención Hospitalaria en hombres.

A la hora de acudir a un profesional médico, destaca el hecho de que, en **Atención Primaria**, los problemas de salud por los que acuden hombres y mujeres son similares, si bien los hombres destacan en problemas generales, aparato respiratorio y digestivo, piel y faneras; y las mujeres en aparato genital y urinario, sistema nervioso y planificación familiar, embarazo, parto y puerperio. Si se eliminan los relacionados con aparato genital y mamas, los hombres presentan, de forma más frecuente que las mujeres, trastornos relacionados con los sistemas cardiovascular (infarto agudo de miocardio, isquemia cardiaca sin angina); respiratorio; endocrino, metabolismo y nutrición (gota) y digestivo y problemas psicológicos derivados del abuso de drogas y alcohol, mientras que las mujeres sufren de forma diferencial problemas relacionados con el aparato locomotor; los sistemas endocrino, metabolismo y nutrición; nervioso; sanguíneo; urinario; circulatorio cardiovascular (venas varicosas) y problemas de la piel y psicológicos relacionados con la depresión.

Por su parte, en **Atención Ambulatoria Especializada**, la distribución de diagnósticos es similar entre hombres y mujeres, destacando los hombres en

urología y cirugía general y digestiva, y las mujeres en obstetricia y ginecología, traumatología y cirugía ortopédica, y en los grupos de unidad del dolor y reumatología. Eliminando los relacionados con el aparato genital y las mamas, los hombres presentan una mayor frecuencia de diagnósticos relacionados con cáncer de vejiga, cáncer de bronquio y/o pulmón, aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías y hernia abdominal. Las mujeres, por su parte, presentan con mayor frecuencia que los hombres diagnósticos relacionados con problemas de deformidades adquiridas del pie, trastornos mentales misceláneos y otros trastornos del sistema nervioso.

Finalmente, en **Altas Hospitalarias**, los **hombres** destacan en **enfermedades del sistema circulatorio cardiovascular y respiratorio**, mientras que las **mujeres** nuevamente en los diagnósticos relacionados con las **complicaciones del embarazo, parto y puerperio**. Así, uno de cada cinco (19%) casos de altas hospitalarias registradas por mujeres está relacionado con la maternidad (complicaciones del embarazo, parto y puerperio), y sube hasta tres de cada cinco (60%) si nos centramos en el segmento de mujeres en edades comprendidas entre los 25 y 44 años.

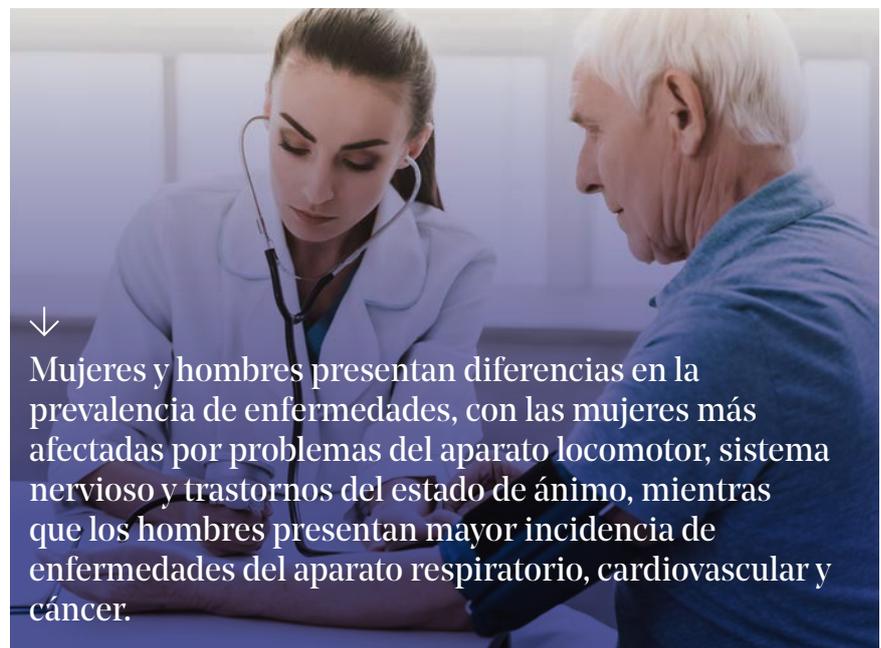
Cuando se eliminan los diagnósticos relacionados con aparato genital y mamas, los hombres presentan mayor frecuencia de diagnósticos relacionados con aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías, historial de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas, EPOC y trastornos relacionados con

el alcohol, y las mujeres con trastornos tiroideos, trastornos del humor y osteoartritis.

En relación con la **mortalidad**, el estudio apunta que las mujeres fallecen con mayor frecuencia que los hombres en situaciones de trastorno mental senil y presenil, Alzheimer y por causas relacionadas con enfermedades hipertensivas, y en mayor proporción por enfermedades cardiovasculares, siendo las enfermedades cerebrovasculares la primera causa de muerte en mujeres. Para los hombres, las principales causas diferenciales de muerte con respecto a las mujeres son los tumores, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las lesiones autoinfligidas y la cirrosis, mientras que la primera causa de fallecimiento en hombres se debe a los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón.

En lo relativo a **hábitos y estilos de vida** se observa mayor prevalencia de consumo de **tabaco y alcohol** en hombres, aunque la incidencia está aumentando en mujeres. Además, se detecta mayor **obesidad y sobrepeso** en hombres, menor actividad física en mujeres y mayor índice de accidentes domésticos en mujeres frente a **accidentes laborales** en hombres.

Finalmente, uno de los condicionantes de la salud asociado en parte a los **estereotipos sociales de género** hace referencia a los **trastornos de la conducta alimentaria**, como la **anorexia y la bulimia**, enfermedades que afectan más a las mujeres en un ratio 7:1.



↓
Mujeres y hombres presentan diferencias en la prevalencia de enfermedades, con las mujeres más afectadas por problemas del aparato locomotor, sistema nervioso y trastornos del estado de ánimo, mientras que los hombres presentan mayor incidencia de enfermedades del aparato respiratorio, cardiovascular y cáncer.

02

La reducción de la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país

La maternidad determina la relación de las mujeres con los servicios sanitarios, así como su estado de salud a lo largo de su vida.

Si bien la fertilidad está asociada biológicamente a la condición de mujer, el ejercicio de la maternidad está condicionado por el contexto económico y social, y los efectos de dicho ejercicio repercuten, a su vez, en la salud demográfica y económica del país.

En este sentido, la tasa de natalidad está determinada por múltiples factores: desde la propia libertad personal y familiar hasta las circunstancias o condiciones en las que dicho ejercicio se realiza (edad, ocupación, ingresos, prestaciones sociales, etc.) o los efectos sobre el bienestar económico de la familia (distribución del tiempo para trabajo, cuidados, ocio y otras actividades, etc.).

Desde 1975, la tasa bruta de natalidad ha caído en España 2,5 veces, y la tasa global de fecundidad lo ha hecho en más de 2 veces. **En 2017, los nacimientos representan el 58% de los registrados en 1975** y la edad media de nacimiento del primer hijo ha aumentado seis años, hasta los 31.

Si se aplica a España la variación de la tasa de natalidad promedio de los países del entorno desde 1984, se puede concluir que en 2016 podía haber habido **47,7 millones de habitantes en el país, 1,2 millones más** de los que somos hoy. De ellos, **900.000 personas** integrarían la población en edad de

trabajar, lo que hubiera podido reducir la tasa de dependencia un 0,8%.

Reflejado en términos de PIB total, el crecimiento al que hemos renunciado por una menor tasa de natalidad sería de 31.003 millones de euros (un 2,8% del PIB observado en 2016, y casi el 50% del gasto público anual en sanidad en España). De esa cantidad, el 9,3% habría formado parte de la recaudación por cotizaciones sociales de la Seguridad Social, lo que representaría 2.872 millones de euros más en recaudaciones en 2016.



↓
El crecimiento al que se ha renunciado por una menor tasa de natalidad es de 31.003 millones de euros en 2016.

	1984	2016 observado	2016 estimado
Tasa de nacimientos España	12,3	8,7	10,0
Nº nacimientos España	473.281	410.583	464.754
Población España	38.330.364	46.484.062	47.722.930
PET	23.894.249	30.269.001	31.167.628
Mayores de 65 años	4.466.289	8.694.164	8.694.164
PIB (millones €)	-	1.118.522	1.149.525
Δ PIB (millones €)	-	-	31.003
% PIB 2016	-	-	2,8%
PIB per cápita (€)	-	24.040	24.087
Tasa de dependencia	18,7%	28,7%	27,9%

03

El rol del cuidador no profesional desde la perspectiva de género

El rol, todavía muy mayoritario, de las mujeres como cuidadoras de niños o familiares en situación de dependencia tiene importantes consecuencias sobre la salud.

Aunque contar con hijos menores de 12 años no tiene un efecto negativo en la tasa de empleo en hombres entre 25 y 49 años, en las mujeres se produce el efecto opuesto y la brecha existente se ensancha hasta los 23 puntos porcentuales.

Por otro lado, en España 4,3 millones de personas declaran hacerse cargo de los cuidados de personas mayores y enfermas crónicas de forma no profesional. **El 59% son mujeres** (64% en el caso de dependientes) y dedican a este fin el 62% de las horas totales declaradas, 1.800 millones al año. Se trata de una dedicación no profesional, que de formalizarse, equivaldría a más de 977.000 empleos

anuales a jornada completa, teniendo en cuenta que el Estatuto de los Trabajadores establece que la jornada laboral máxima legal en España es de 1.826 horas al año. El potencial económico de esta mayor dedicación al cuidado que llevan a cabo las mujeres asciende a **7.812 millones de euros al año**.

El 12,9% de las mujeres y el 9,5% de los hombres cuidan, al menos una vez a la semana, de personas mayores o con una dolencia crónica. El estudio demuestra que **los cuidados incrementan en 3,4 puntos adicionales la probabilidad de sufrir depresión en las mujeres**. Así, de los cuidadores,

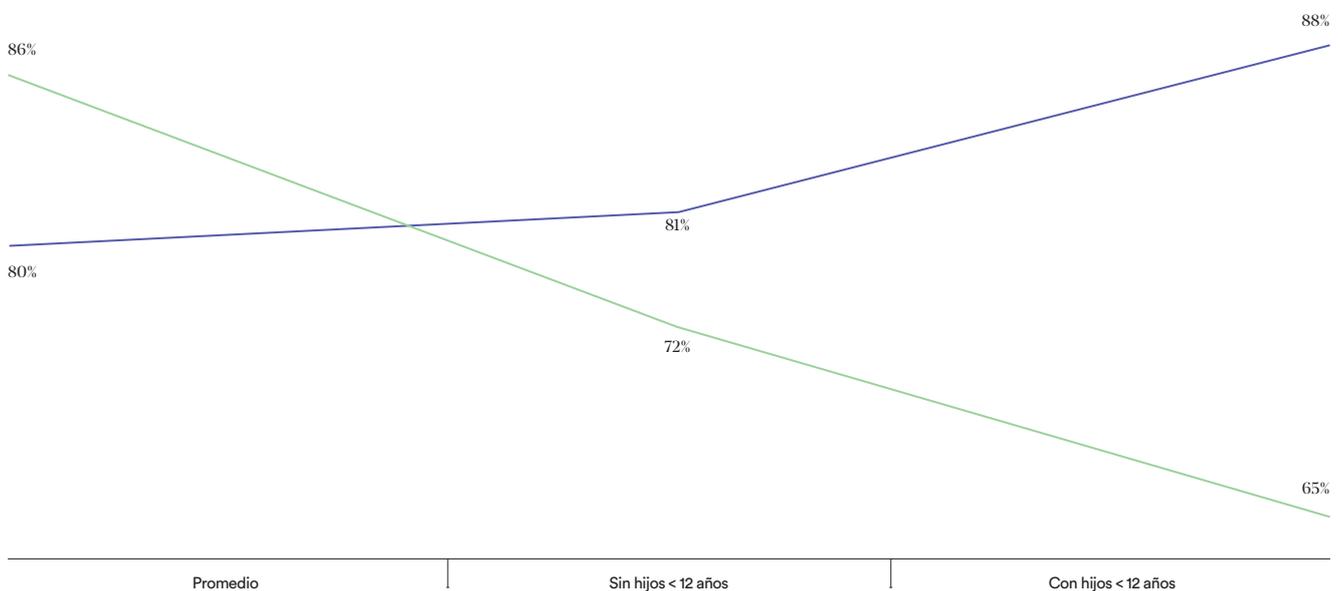
el 13,4% de las mujeres y el 7,3% de los hombres declaran haber sufrido depresión en los 12 últimos meses. En cuanto a la ansiedad, los cuidados incrementan dicha probabilidad en 2,7 puntos adicionales: los porcentajes de incidencia de este trastorno para este mismo periodo alcanzan al 13,6% de las mujeres y al 7,3% de los hombres.

La incidencia de depresión y ansiedad en el PIB por la vía de la incapacidad temporal es, en consecuencia, **345 millones de euros mayor en las mujeres que en los hombres**, lo que representa un 0,03% del Producto Interior Bruto.



Tasa de empleo (25-49 años) con/sin hijos menores de 12 años

Fuente: Añi a partir de Encuesta de Población Activa (INE, 2016)



04

El empleo y sus consecuencias en la salud

La ocupación es otra de las dimensiones analizadas en el estudio como elemento determinante de la salud y, por tanto, con potencial de cara a generar valor para la economía.

Se observa, en este sentido, que seis de cada diez jornadas completas las realizan hombres, frente a una de cada cuatro de las jornadas a tiempo parcial.

Las principales ramas de actividad por número de ocupados hombres son industria manufacturera (17,3%), comercio (14,6%), construcción (10,0%), transporte y almacenamiento (7,4%) y hostelería (7,4%), mientras que las principales ocupaciones para las mujeres se concentran en el sector comercio (17,4%), actividades sanitarias (14,2%), hostelería (10,2%), educación (9,9%) e industria manufacturera (7,2%).

Por situación profesional, entre las mujeres predominan las asalariadas (87,8%, de las que 68,1% corresponden al sector privado y 19,6% al público), mientras que las trabajadoras por cuenta propia apenas representan un 12,2% del total de ocupadas. Cuatro de cada cinco hombres (79,9%) son, por su parte, asalariados (sector privado 66,8% y sector público 13,1%), y uno de cada cinco (20,1%) se desempeña como trabajador por cuenta propia.

Al respecto, el estudio detecta en las mujeres la acumulación de enfermedades profesionales causadas por distintos agentes en un mismo sector de actividad. Es el caso de otros servicios, sector primario, hostelería y educación (donde concurren las causadas por agentes físicos y enfermedades de la piel), así como actividades sanitarias y de servicios sociales, que aglutinan aquellas causadas por agen-

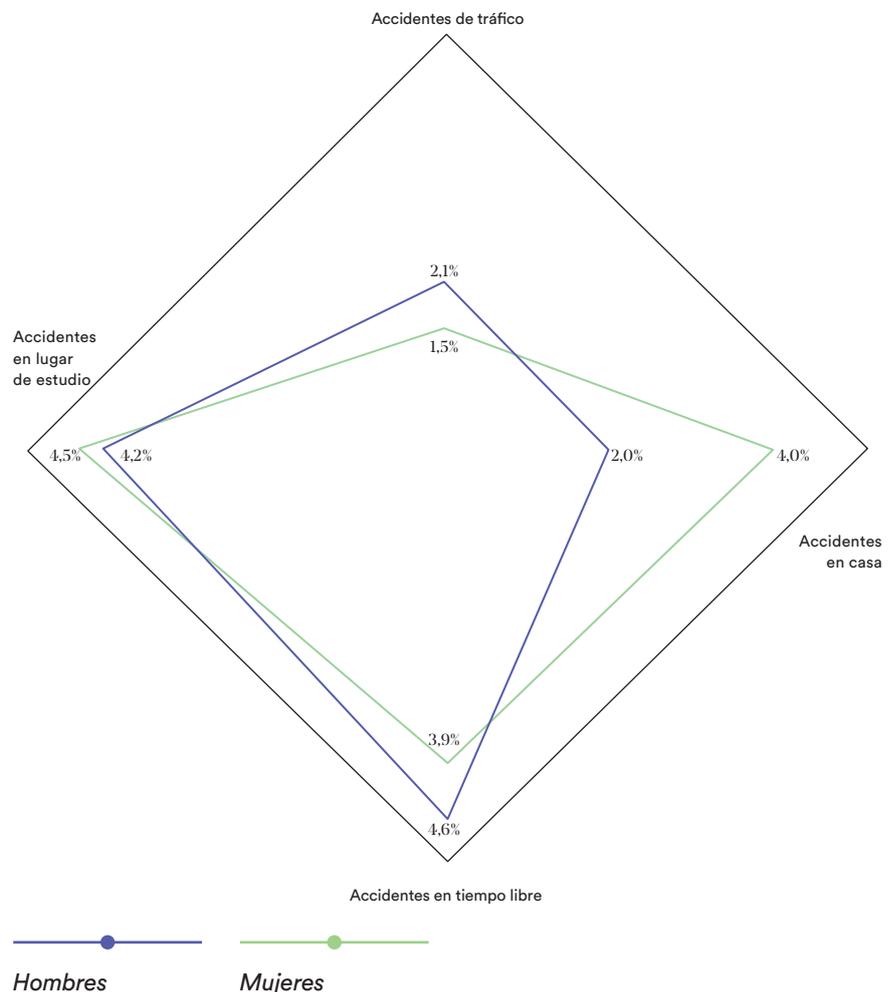
tes químicos y enfermedades de la piel. En este sentido, el estudio señala que las ocupaciones predominantemente desempeñadas por mujeres concentran enfermedades profesionales que requieren mayor tiempo de recuperación, lo que podría explicar que la duración media de las bajas por enfermedad profesional sea 11 días superior en el caso de las mujeres (105,84 días) que en el de los hombres (95,21 días).

Finalmente, el informe pone de manifiesto una mayor incidencia de accidentes "caseros" informados por las mujeres (el doble que en los hombres). Este dato se contextualiza en un marco en el que las mujeres, entre otras cuestiones, piden el 92% y el 83% de las excedencias por cuidado de menores y familiares a cargo, según datos del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.



Accidentes (% población)

Fuente: Afi a partir de ENS



05

Sesgos inconscientes de género en la salud

Los sesgos inconscientes de género se materializan, desde el punto de vista sanitario, en dos tipos de expresiones: la universalización de diagnósticos y terapias por extrapolación de resultados obtenidos con sujetos hombre, y el tratamiento diferencial basado en creencias y/o estereotipos.

En este sentido, **en el ámbito de los diagnósticos** se identifican en mayor medida los problemas de salud relacionados con las enfermedades cardiovasculares en hombres que en mujeres, a pesar de que las causas de fallecimiento en mujeres están más relacionadas con éstas que en el caso de los hombres. Este menor diagnóstico podría deberse a que las **mujeres** pueden presentar una **sintomatología diferente** a la de los hombres ante un infarto agudo de miocardio, así como una menor percepción del riesgo a sufrirlo.

Por su parte, en el **ámbito de los tratamientos**, por cada diagnóstico de infarto agudo de miocardio se realiza un mayor número de procedimientos en hombres que en mujeres. Por ejemplo, por cada 100 hombres diagnosticados se realizan 80,9 cateterismos y arteriografías coronarias, frente a 65,1 en mujeres. En enfermedades cerebrovasculares agudas, las resonancias magnéticas realizadas en hombres diagnosticados superan en cinco puntos a las realizadas en mujeres diagnosticadas.



↓
Se diagnostican en mayor medida los problemas de salud relacionados con las enfermedades cardiovasculares en hombres que en mujeres, a pesar de que ellas fallecen más por estas patologías.

06

Las mujeres viven cuatro años más pero con peor salud

El informe aborda en último lugar las **consecuencias del coste de oportunidad en la última fase de la vida de las mujeres**, deteniéndose en las consecuencias de la mayor longevidad en España, que se encuentra en las primeras posiciones del mundo en esperanza de vida al nacer: 85,84 años en mujeres y 80,31 años en hombres en 2016, según el Instituto Nacional de Estadística.

En octubre de 2018 el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) de Washington publicó los resultados de un estudio que sitúa a España como el país más longevo del mundo en 2040. No obstante, si bien las mujeres registran una **esperanza de vida al nacer seis años superior** a la de los hombres, y 3,9 años mayor al llegar a los 65 años, si tan solo se consideran

los años en buena salud la **diferencia desaparece** e, incluso, se invierte en relación a la de los hombres, quienes presentan mejores perspectivas (67,47 vs. 66,06 años).

Por lo tanto, **las mujeres viven más años que los hombres, pero lo hacen con peor salud**. En concreto, cuatro años adicionales de vida en situación de mala salud o discapacidad. Si las mujeres pudieran vivir en mejores circunstancias esos cuatro años, **el ahorro potencial sería de 8.945 millones de euros, lo que supone cerca de casi 1 punto del PIB (0,8%)**.

Esta cantidad es, además, el 70% de la factura farmacéutica, lo que habría permitido poner en marcha soluciones que ayuden a la innovación y sostenibilidad del sistema sanitario.

	Millones de €, anual	% sobre PIB	Ahorro potencial (diferencia mujeres – hombres)
Mujeres > 75 años	18.059	1,6%	8.945 millones de euros
Hombres > 75 años	9.114	0,8%	0,8% del PIB

closingap

Dónde puedes saber más sobre nosotros

Puedes obtener más información entrando en www.closingap.com o en nuestros perfiles de Twitter (@ClosinGap) y LinkedIn.



Si las mujeres pudieran vivir en mejores condiciones de salud los cuatro años de más que viven con respecto a los hombres, el ahorro potencial sería de 8.945 millones de euros.